様式第44号（第35条関係）

更生医療負担金額変更決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

受療者氏名

様

椎葉村長　　　　　　　　㊞

更生医療の給付を受ける者の身体障害者福祉法第38条第1項の規定により支払を命ずる額の変更について

身体障害者福祉法第38条第1項の規定により支払を命ずる額については、受療している方の世帯調査を基に、課税状況の調査を行い、前年の所得状況等により世帯階層区分の決定を毎年1回行うことになっています。

この見直しの時点は、平成5年度より毎年7月1日となりました。

このため、毎年7月1日を中心に継続して受療している方について、所得税等について調査したところ下記のとおり負担額が変更になりましたので、今後は変更後の負担額を指定医療機関にお支払いください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 変更前負担額 | 変更後負担額 | 変更年月日 |
|  |  |  |  |
| 備考 |  | | |